

Formularz asortymentowo-cenowy nr 2

| L.p. | Nazwa przedmiotu zamówienia | j.m. | ilość | Cena netto | Wartość Netto (4x5) | Wartość VAT | Wartość Brutto (7+8) |
|--------------|--|------|-------|--------------|------------------------|-------------|-------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | Krew utajona w kale (met. bez diety, czułość 10 ng/ml, kasetki, (1 op = 20 szt.) | op | 50 | | | | |
| RAZEM | | | | | | | |

OFERUJĘ: Termin sukcesywnej dostawy wynosić będzie do (3 / 5) dni roboczych od daty złożenia zamówienia przez Zamawiającego.

Zamówienia należy kierować do:.....

Osoba odpowiedzialna za realizację zamówienia ze strony Wykonawcy:

Adres poczty elektronicznej e-mail:Tel. Fax.....

*(podpis, pieczęć imienna osoby upoważnionej
do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*